

S-RS-8 (1/00) **Departamento de Servicios de Rehabilitación de la Mancomunidad de Virginia**
Petición de Mediación y Forma de Confidencialidad

1. Por favor asigne un mediador imparcial cualificado a reunirse con nosotros. Hay problemas que necesitamos resolver con respecto a la rehabilitación vocacional del individuo. Entendemos que la función del mediador es ayudarnos a alcanzar una resolución mutuamente aceptable pero no a resolver los problemas para nosotros. Creemos que, con la ayuda del mediador, nosotros podemos resolver los problemas durante una reunión de mediación.
2. Consiento que DRS dé al mediador mi nombre, dirección y número de teléfono para que puede contactarme a fijar la reunión de mediación.
3. Tenemos una copia de Derechas de DRS y del Consumidor Durante el Proceso de Mediación (vea el DRS de Virginia Manual de Política y Procedimiento, Capítulo 15, Política 4, sección B.), estas derechas se han explicado, y entendemos estas derechas.
4. Estamos de acuerdo que todo dicho y hecho en conexión con la mediación debe ser mantenido confidencial a menos que ambos convengamos al contrario por escrito. Solamente el firmado, acuerdo escrito (si hay) que resuelve los problemas y esta forma de petición firmada será parte del expediente del caso de DRS del individuo. Solamente el firmado acuerdo escrito o el hecho que no se alcanzó ningún acuerdo escrito serán divulgados en informando el resultado de la mediación en el expediente del caso o a otros como permisible por ley, regulaciones y política. Convenimos a no involucrar el mediador, el administrador del programa de mediación de la agencia, comunicaciones referentes a la mediación, o los expedientes que pertenecen a la mediación, en cualquier audiencia de proceso debida (incluyendo una audiencia justa de la agencia) o en procedimientos de la corte.
5. Por favor arregle para la siguiente comodidad razonable con respecto a accesibilidad del lugar de la reunión de mediación (intérprete para el sordo, etc.): _____

6. Yo y cualquier abogado que traigo estamos disponibles todo el día estas tres (3) fechas:
Consumidor: 1. _____ 2. _____ 3. _____
DRS: 1. _____ 2. _____ 3. _____

7. **Entiendo y convengo con las declaraciones arriba.**

Nombre del Consumidor (*letra de molde*): _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ TTY: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Firma: _____ Fecha: _____
Firma del representante legal, si aplicable: _____ Fecha: _____

Nombre del Personal (*letra de molde*): _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ TTY: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Los problemas que requieren mediación:

se han no se han repasado con el supervisor sin resolución.

Firma: _____ Fecha: _____

8. Fecha aprobó: _____ Director Regional (*letra de molde*): _____
Firma del Director Regional: _____

Consumidor y consejero ambos deben firmar si convienen a mediación. El consejero envía la forma firmada al Director Regional. Si está aprobado, el Director Regional envía la forma al Fair Hearing Coordinator, DRS Central Office, P.O. Box K300, Richmond VA 23288-0300. Fax (804) 662-7696, o correo electrónico.